附件2

额济纳旗苏木乡镇医疗卫生机构引进急需紧缺人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 身份证号 |  | | | | | | | | |  |
| 户 籍  所在地 | |  | | 民族 |  | 性别 |  | | 政治  面貌 | |  | | |
| 学历 | |  | | 毕业院校 | |  | | | | | | | |
| 毕业  时间 | |  | | 所学专业 | |  | | | | | 专业技  术职称 | | |  |
| 报考  单位 | |  | | | | 报考  岗位 | | | |  | | | | |
| 联系  地址 | |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | |
| 学 习  经  历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工  作  经  历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| **考试**  **是否蒙语作答** | | |  | | | | | **是否接受调剂** | | | | |  | |
| **本人声明：上述填写内容真实完整，如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  **申请人（签名）： 2020 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |